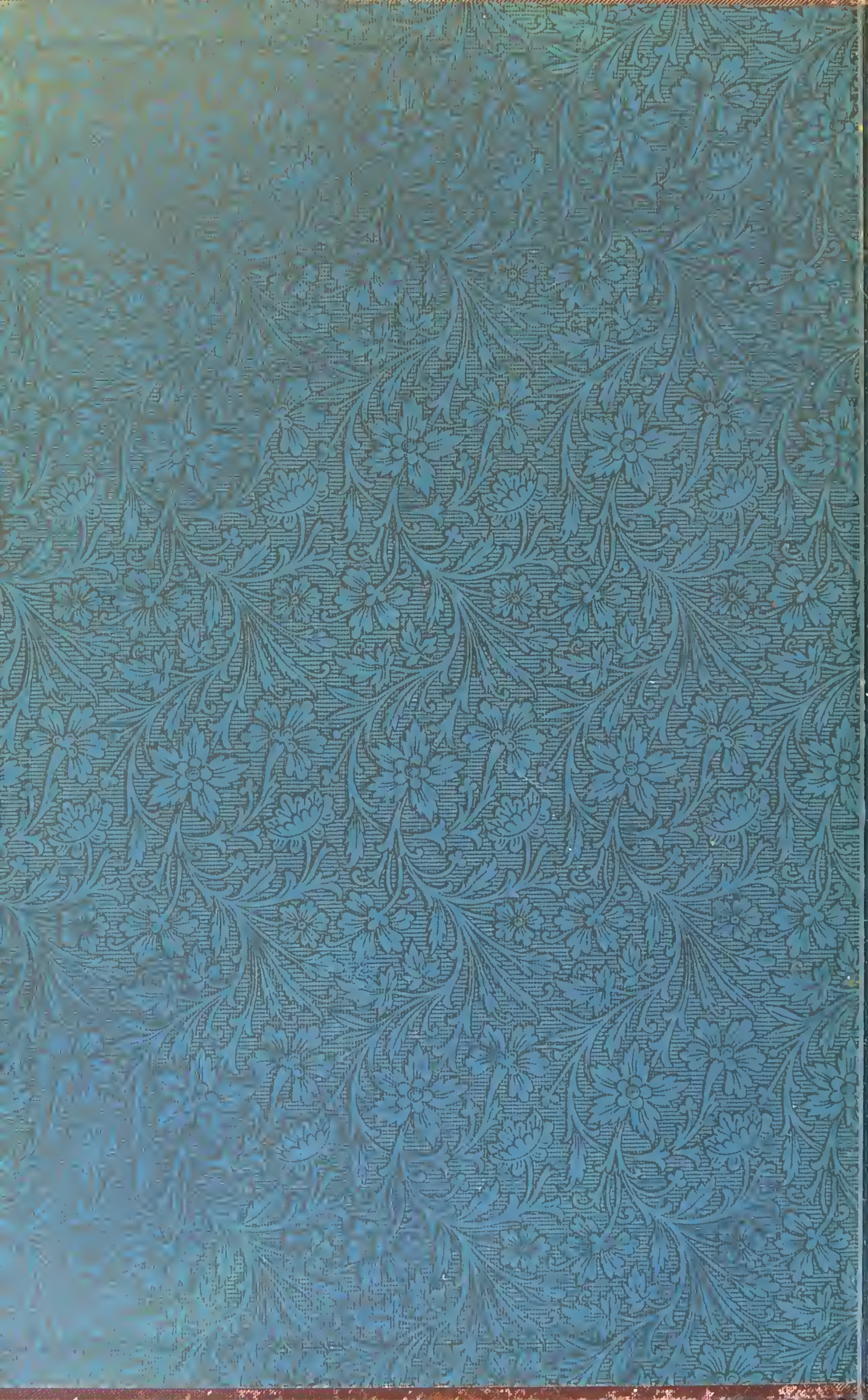
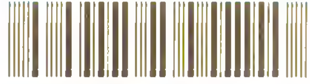




Seinem hochverehrten Lehrer
Herrn Prof. Dr. Emminghaus
mit vorz. Hochachtung
vom
Verf.

ÜBER DEN

VERNEINUNGSWAHN.

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR

ERLANGUNG DER MEDICINISCHEN DOCTORWÜRDE

VORGELEGT DER

HOHEN MEDICINISCHEN FAKULTÄT

DER

ALBERT-LUDWIGS-UNIVERSITÄT FREIBURG I. BR.

VON

RICHARD LINK,
APPROB. ARZT,
AUS COBLENZ.

FREIBURG. I. B.
BUCHDRUCKEREI VON C. A. WAGNER
1895.

Dekan:
Geheimrat Prof. Dr. **Hegar.**

Referent:
Prof. Dr. **Emminghaus**

Meinen lieben Eltern

gewidmet.

In letzter Zeit ist von französischen Psychiatern viel geschrieben worden über das von ihnen sogenannte délire des négations, auf deutsch Verneinungswahn. Einige typische Fälle derart sind in der hiesigen psychiatrischen Klinik beobachtet worden und sollen am Schlusse dieser Arbeit mitgeteilt werden. Das Hauptziel derselben ist der Versuch, den Ursprung dieser eigentümlichen Wahnideen aufzudecken und ihre Entstehung zu verfolgen.

Unter Verneinungswahn oder nihilistischen Wahnideen, wie man sie auch genannt hat, sollen im folgenden verstanden werden Wahnideen, wornach die Existenz der Personen und Dinge der Aussenwelt, die psychischen Funktionen und die Funktion sowie die Existenz der Organe des eigenen Körpers von den Kranken geleugnet werden. Von deutschen Psychiatern, z. B. Krafft-Ebing (1)*, ist hierfür der Ausdruck delirium negationis gebraucht worden. Es wäre indessen zu wünschen, dass, wie es schon von vielen Seiten geschieht, ein scharfer Unterschied gemacht wird zwischen delirium und Wahnidee, und nicht, wie es französischer Sprachgebrauch ist, delirium oder délire für jede beliebige ins pathologische Gebiet gehörige Idee gebraucht wird. Das Wort delirium kommt von lira, die Ackerfurche; delirare bedeutet sonach ursprüng-

* Die Zahlen beziehen sich auf das am Schlusse befindliche Litteraturverzeichnis.

lich: von der Furche, von der geraden Linie abweichen, und im übertragenen Sinne: irre reden, irre handeln mit Trübung des Bewusstseins. Teilweise oder vollständige Aufhebung des Bewusstseins und demgemäss teilweise oder vollständige Amnesie sind das wesentlichste Kriterium des Deliriums. Man spricht daher mit Recht von Intoxikations- und Fieberdelirien. Wahnideen sind dagegen auf krankhafte Weise zustande gekommene Vorstellungen oder Associationen von Vorstellungen, durch welche, falls sie nicht korrigiert werden, das, stets erhaltene, Bewusstsein gefälscht und das Fühlen und Streben in krankhafter Weise beeinflusst wird. Hierher gehören die meisten wahnhaften Aeusserungen der Geisteskranken und auch der Verneinungswahn. Dieser kommt hauptsächlich vor bei zwei grossen Gruppen von Krankheiten, den schwereren Formen der Melancholie, besonders bei der Melancholie mit Angst, und bei Zuständen psychischer Schwäche, wie sie gegeben sind bei Dementia paralytica, Dementia senilis und Alkoholismus.

I. Verneinungswahn bei Melancholie.

Hauptsächlich finden wir hier diese eigentümlichen Wahnideen bei Frauen zwischen dem 40. und 70. Lebensjahre, die somit an der Schwelle des Greisenalters stehen oder diese bereits überschritten haben. Alle von den französischen Autoren Cotard (2, 3), Seglas (4), Régis (5), Arnaud (6) mitgeteilten Fälle betreffen Frauen dieses Alters. Die grössere Disposition des weiblichen Geschlechtes rührt wohl hauptsächlich daher, dass die Frauen überhaupt zur Melancholie ein grösseres Kontingent stellen als die Männer, vielleicht deshalb, weil beim weiblichen Geschlecht das Gefühlsleben eine grössere Rolle spielt als beim männlichen, somit auch ein depressiver Affekt

hier leichter Herrschaft gewinnen kann. Bei genauerem Nachforschen findet man in den meisten Fällen starke erbliche Belastung. Auch im individuellen Leben sind häufig schon vereinzelte Anfälle von Melancholie vorgekommen. Deshalb und wegen des höheren Alters stellt Kraepelin (7), der ein besonderes Krankheitsbild, den „depressiven Wahnsinn“, beschrieben hat mit stärkerer und reichlicherer Ausbildung von Wahnideen, darunter auch nihilistischen, bei melancholischer Verstimmung, diesen als Reaktionsweise eines nicht mehr ganz „rüstigen“ Gehirns auf eine Erkrankung an Melancholie hin, als den Uebergang zwischen gewöhnlicher Melancholie und der senilen Degeneration, als die typische Psychose des Klimakteriums, neben der Melancholie. Halten wir vorläufig daran fest — später werden wir auf die Frage der Klassifikation noch näher einzugehen haben —, dass der Verneinungswahn als Symptom bei erblich belasteten von Melancholie befallenen Frauen höheren Alters vorkommt und verfolgen wir zunächst seine Entwicklung und Entstehung.

Nach der jetzt herrschenden Anschauung der deutschen Psychiater bilden die Grunderscheinung im melancholischen Irresein die schmerzliche nur ungenügend oder gar nicht motivierte Verstimmung und eine allgemeine Erschwerung bis zur Hemmung der psychischen Bewegungen (Gefühle, Vorstellungen und Strebungen). Beide sind nach Krafft-Ebing (1, S. 327) als koordinierte Erscheinungen aufzufassen, beruhend auf einer Ernährungsstörung (Anaemie) des psychischen Organs. Séglas (8, S. 11 ff.) führt die Melancholie zurück auf alle möglichen Organerkrankungen, Aenderung des Blutes, Verlust des Appetits, schlechten Ernährungszustand, vasomotorische Störungen und solche der Respiration und der Geschlechts-

sphäre, Erschöpfung des Nervensystems, aus denen dann allgemeines Missbehagen, Niedergeschlagenheit, Schwächung der Willensthätigkeit, Furcht und schmerzliche Gefühle hervorgingen. Er führt eine Kranke an, die drei Jahre lang an derartigen Störungen litt, bis sie von Melancholie befallen wurde. Demgegenüber ist zu bemerken, dass allerdings sehr häufig Funktionsanomalieen der verschiedensten Organe im Beginne der Melancholie beobachtet werden, dass sie aber unmöglich die alleinige Basis für dieselbe bilden können, da das Mass der psychischen Verstimmung bei einer richtigen Melancholie weit über das hinausgeht, was an Missbehagen und selbst Schmerzen durch körperliche Störungen hervorgerufen werden kann. Ein normal funktionierendes Gehirn wird derartige Anomalieen in natürlicher Korrespondenz mit ihren Ursachen percipieren und beurteilen. Zum Ausbruch einer Melancholie gehört in solchen Fällen stets eine Disposition des Gehirns, durch welche die psychische Verstimmung weit über das natürliche Mass hinaus gesteigert wird. Eine begünstigende Rolle kommt solchen körperlichen Störungen in vielen Fällen sicher zu, oft wirken sie sogar als Veranlassung zum Ausbruche der Melancholie.

Der Kranke ist von einer psychischen Verstimmung überwältigt, er hat die Empfindung einer tiefgreifenden Veränderung seines Seelenlebens. Er unterzieht seine früheren und seine jetzigen Handlungen einer peinlichen Kritik: bald hat er hier einen grossen Fehler begangen, dort hätte er etwas besser machen können. Er hält sich für einen verworfenen Menschen, entsprechend seinem früheren Ideenkreise ist er verdammt, ja von einem bösen Geiste besessen. Im weiteren Verlauf der Krankheit treten dann Verneinungsideen auf, zunächst solche,

die sich auf die Existenz der Dinge und die Vorgänge der Aussenwelt beziehen.

Es giebt keine Präfekten, keine Notare mehr; niemand stirbt, niemand wird geboren, niemand heiratet mehr. Paris existiert nicht mehr, überhaupt nichts existiert mehr. Frühling, Sommer, Herbst und Winter haben aufgehört. Die Kranke erkennt ihren Gatten, ihre Kinder nicht mehr, behauptet niemals verheiratet gewesen zu sein, nie Kinder gehabt zu haben. Die besuchenden Aerzte, die Personen der Umgebung sind nur „Schatten". Zeigt man ihnen eine Blume, so erwidern sie: „Das ist keine Blume, das ist nur der Schein einer Blume". Ein Tisch ist nur die Erscheinung eines Tisches.

Die Wahnideen dieser letzteren Art, nach denen also die Gegenstände wohl erkannt werden, ihnen aber die objektive Existenz abgesprochen wird, sucht Toulouse (9) folgendermassen zu erklären: Da die Sinnesfunktionen selbst in keiner Weise verändert sind, da die Kranken keinen Fehler im Gesichts- oder Gehörapparat u. s. w. haben, so muss die Störung im psychischen Organ selbst liegen. Wir können nun annehmen, dass bei den Melancholikern die Gesichts-, Gehörs-, Geschmacks-, Geruchs-, Tast- und wohl auch die Gemeingefühls-Erinnerungsbilder, die Residuen früherer Wahrnehmungen, vernichtet, und die Kranken somit ausser stande sind, Gesichtseindrücke u. s. w. wiederzuerkennen. Aus dieser „partiellen Negation" folgt dann, dass die Kranken die Existenz der Gegenstände überhaupt leugnen. Sie sind zu vergleichen mit Wortblinden, wie wir Deutsche sie nennen, die wohl die einzelnen Striche der geschriebenen Worte sehen, aber keinen Sinn in diese Striche hineinlegen können. Wie für diese Kranken die geschriebenen Worte, so hat für die négateurs die umgebende Welt keinen Sinn mehr,

sie vermögen sie nicht mehr zu begreifen. Trotzdem sind sie fähig, die Elementareigenschaften der Körper aufzufassen, sie sehen ihre Form und Farbe, sie bemerken ihren Geruch, sie hören die Geräusche. Ihnen fehlt aber die Fähigkeit, diese Sensationen zusammenzufassen, sie mit anderen zu verbinden, d. h. sie in eine Idee, die des wahrgenommenen Körpers, umzuformen. Lädiert ist bei ihnen die „perception mentale". Aber nicht alle Erinnerungsbilder sind verschwunden, einige können noch mit den neu hinzutretenden Empfindungen verbunden werden, und so ist es möglich, dass ein vages Wiedererkennen stattfindet. Diese Vereinigung mit früheren Erinnerungsbildern ist aber nicht hinreichend dazu, dass dem Gegenstande reale Existenz zuerkannt wird. Wenn das Individuum sagt: „Das ist keine Blume, das ist nur die Erscheinung einer Blume", so muss man wohl zugeben, dass es mutmasst, was eine Blume ist, und dass der Gegenstand, welchen man ihm zeigt, Eigenschaften hat, welche sich denen einer Blume nähern.

Dies ist in kurzen Zügen die Ansicht von Toulouse. Thatsächlich kommt dieser Verlust der Erinnerungsbilder unter pathologischen Verhältnissen vor, wie auch die Untersuchungen Munks beweisen. Die von ihm sogenannte Seelenblindheit und Seelentaubheit sind Zustände, in denen die Erinnerungsbilder von früher verloren gegangen sind, sodass die Gegenstände der Aussenwelt wohl noch gesehen, aber nicht mehr erkannt werden können. Der Akt des Wiederkennens beruht eben auf der Verbindung einer Vorstellung mit früheren Erinnerungsbildern. Die Hunde, denen Munk gewisse Gehirnpartieen herausgenommen hatte, erkannten die Peitsche nicht mehr und hatten demnach keine Furcht mehr davor. Leichtere Veränderungen im Occipitalhirn und auch in der Gegend

des gyrus angularis beim Menschen bewirken, dass der Patient die Gegenstände zwar sieht, aber nicht mehr ihre Bedeutung erkennt und sie daher gar nicht oder in der verkehrtesten Weise gebraucht. Bekannte Personen erkennt er nicht mehr oder erst aus dem Klang der Stimme, falls der Schläfenlappen noch intakt ist. Homologe Erscheinungen beobachtet man bei Erkrankungen des Schläfenlappens bei der sogenannten Seelentaubheit oder Worttaubheit. Gerade auch bei der Melancholie kommen, wie Cotard (10) berichtet, solche Zustände von „perte de la vision mentale“ vor. Cotard berichtet zwei derartige Fälle, von denen der erste besonders typisch ist. Der Kranke hatte, von einer schweren Melancholie mit Verneinungswahn befallen, die Fähigkeit verloren, sich Gegenstände, die ihm sonst sehr vertraut gewesen waren, wieder vorzustellen. In gesunden Tagen hatte er, wenn er die Augen schloss, sich den Anblick der Häuser, Läden, Strassen und Thore einer Stadt, in der er lange gelebt hatte, ins Gedächtnis zurückrufen können. Jetzt hatte er diese Fähigkeit ganz verloren. Nicht einmal das Haus, das er lange bewohnt hatte, vermochte er sich mehr vorzustellen. Das Gesicht seiner Frau erschien ihm noch für Momente, aber nur undeutlich. Patient hatte somit die Erinnerungsbilder respektive die Fähigkeit, sie sich ins Bewusstsein zurückzurufen, verloren.

Nun kann aber die Leugnung der Existenz eines Gegenstandes unmöglich, wie Toulouse will, darauf beruhen, dass die betreffende Vorstellung nicht mehr mit früheren Erinnerungsbildern associiert werden könne. Denn dann müssten wir jedem uns durchaus neuen Gegenstande, von dem wir ja kein Erinnerungsbild haben können, einfach die Existenz absprechen, ja ein Kind, das zum ersten Male einen Gegenstand sieht, könnte ihm nie-

mals reale Existenz zuerkennen, da es ja kein Erinnerungsbild daran haben kann. Auf den Erinnerungsbildern beruht allerdings das Wiedererkennen, aber keineswegs die Anerkennung der realen Existenz eines Gegenstandes.

Um die Entstehung dieser eigentümlichen Wahnideen zu erklären, müssen wir uns die Frage vorlegen: Unter welchen Umständen legen wir Wahrnehmungen objektive Realität bei? Alle sonstigen erkenntnis-theoretischen Erörterungen, was diese objektive Realität eigentlich ist u. s. w., sollen hier ausser Acht bleiben. Solche Fragen haben übrigens ihren guten Grund in der einfachen Erwägung, dass wir uns zunächst blos unserer Vorstellung bewusst sind, und dass zwischen einer blossen Vorstellung, einem psychischen Gebilde, und der objektiven Realität, die wir ihr zuerkennen, ein fundamentaler Unterschied besteht.

Nach Wundt (11, S. 378 ff.) haben wir eine unmittelbare Gewissheit blos von den Empfindungen, die uns als nicht bestreitbare Thatsache unseres Bewusstseins gegeben sind. So ist die Empfindung blau, die wir beim Anblick des Himmels in uns finden, uns unmittelbar gewiss. Diese subjektive, unmittelbare Gewissheit giebt die Grundlage ab für alle objektive Gewissheit, für die gemeine und für die wissenschaftliche Gewissheit.

„Der Uebergang von der subjektiven Gewissheit zur objektiven vollzieht sich allmälig, und die erste Station auf diesem Wege ist die Wahrnehmung. Nicht jede Vorstellung, in der sich in unserem Bewusstsein elementare subjektive Zustände vereinigen, gilt uns als Wahrnehmung, sondern nur dann geschieht dies, wenn wir als zweifellos voraussetzen, dass der Vorstellung ein Objekt entspreche. Die Wahrnehmung ist, wie es der Name andeutet, das als wahr angenommene. In diesem

Sinne reden wir mit Recht sowohl von inneren wie von äusseren Wahrnehmungen. Jeder subjektive Zustand unseres Bewusstseins ist als solcher Gegenstand unserer inneren Wahrnehmung. Als äussere Wahrnehmungen gelten uns dagegen stets diejenigen Vorstellungen, denen wir unmittelbar eine gegenständliche Existenz in der Aussenwelt geben. Es ist zu beachten, dass wir solche objektive Wahrnehmungen gar nicht unmittelbar zugleich als subjektive Zustände unseres Bewusstseins auffassen. Die Vorstellung des gesehenen Gegenstandes ist eins mit dem Gegenstand selber; erst eine nachträgliche Reflexion unterscheidet diesen von seinem subjektiven Bilde. Das nächste Kennzeichen aber, nach welchem wir den Gegenstand der äusseren von der inneren Wahrnehmung trennen, ist seine Unabhängigkeit von unserem Bewusstsein, wie sie in dem Zwang sich verrät, welchen die äusseren Objekte dem Verlauf unserer Vorstellungen auferlegen.

Dieses nächste Kennzeichen einer objektiven Existenz stellt schon innerhalb der Erfahrungen des praktischen Lebens als ein vielfach trügerisches sich heraus, und es treten daher nun zwei weitere Kriterien zu demselben hinzu. Diese bestehen in der Uebereinstimmung der Wahrnehmungen und in der Uebereinstimmung der Wahrnehmenden miteinander. Sobald uns der äussere Zwang, den wir bei jeder objektiven Wahrnehmung empfinden, nicht mehr zureichende Sicherheit bietet, nehmen wir zunächst die Konstanz, mit der bestimmte Gegenstände in zeitlich verschiedenen Wahrnehmungen sich uns aufdrängen, und sodann die Zustimmung anderer zu unseren eigenen Wahrnehmungsresultaten zu Hülfe. Auf diese drei Merkmale, den Zwang der äusseren Wahrnehmung, die Uebereinstimmung der Wahrnehmungen und der wahrnehmenden Subjekte untereinander, be-

schränkt sich vollständig die gemeine Gewissheit, deren wir uns überall im praktischen Leben bedienen. In der ungeheuren Mehrzahl der Menschen regt sich niemals der Gedanke, dass man andere Kriterien der Wahrheit als diese verlangen könne, und selbst ihrer werden sie sich nur unvollständig bewusst. Jedes dieser Kennzeichen hat übrigens den Charakter eines Hülfsmerkmals zu dem ihm unmittelbar in der Reihe vorangehenden. Dem Zwang der Wahrnehmung, der für die tierischen Intelligenzen wahrscheinlich zur Gewissheit ausreicht, dient die wechselseitige Kontrole der Wahrnehmungen als Ergänzung, und diese wird ihrerseits wieder erst durch eine wechselseitige Kontrole verschiedener wahrnehmender Subjekte vervollständigt."

Bei einem Melancholiker nun, der z. B. behauptet, wenn ihm eine Blume gezeigt wird: „Das ist keine Blume, das ist nur der Schein einer Blume", werden wir nun wohl annehmen können, dass der „Zwang der Wahrnehmung", die „sinnliche Betonung", wie andere es genannt haben, nicht genügend ist, dass der Vorstellung äussere Realität zuerkannt werde. Alle die von den Sinnesorganen und ihren Hilfsapparaten herrührenden Erregungen, welche eine Empfindung begleiten, die Bewegungsempfindungen der Augenmuskeln, die Muskelgefühle, die uns von dem Offensein der Lidspalte unterrichten, die Sensation, die uns das Vorhandensein eines „physiologischen Reizes" in dem betreffenden Sinnesorgane mitteilt, alles dies wird hier mangelhaft oder gar nicht percipiert. — Interessant ist in dieser Beziehung die Aeusserung einer an Melancholie leidenden Kranken von Séglas (8, S. 19), die allerdings blos hypochondrische Verneinungsideen darbot, dass sie nicht mehr die Bewegungen ihrer Augen fühle; um sie zu drehen, müsse

sie ihren Kopf drehen. — So kann, wenn die Aufmerksamkeit des Kranken auf einen Gegenstand gelenkt wird, dieser wohl erkannt, ihm aber die objektive Realität abgesprochen werden.

Dazu kommt, dass das zweite Kriterium, durch das wir neben dem ersten veranlasst werden, einer Wahrnehmung eine entsprechende reale Existenz zuzuerkennen, nämlich die Kontrole der Wahrnehmungen untereinander, hier nur in sehr unvollkommener Weise sich findet. Die Wahrnehmungen werden nicht mehr untereinander kontroliert, weil die kritische Befähigung des Individuums beträchtlich abgenommen hat. Eine Verminderung der Urteilsfähigkeit bis zu ihrer gänzlichen Aufhebung ist notwendig, damit überhaupt eine Wahnidee zustande komme. Absurde Ideen tauchen auch dem geistig Gesunden zuweilen auf, werden aber sofort korrigiert. Der Traum ist ja deshalb dem Wahnsinn so verwandt, weil die Kritik fehlt, die im wachen Zustande die geistige Persönlichkeit an den auftauchenden Vorstellungen übt. Ebenso ist auch der Rausch, ein anderer dem Irrsinn analoger Zustand, durch mangelhafte Urteilskraft ausgezeichnet. Die Abnahme der Urteilsfähigkeit in unserem Falle ist nun durch zwei Momente veranlasst. Einerseits ist eine gewisse psychische Schwäche vorhanden, da die zugleich erblich belasteten Individuen an der Schwelle des Seniums stehen; andererseits ist das geistige Leben beherrscht durch den übermächtigen traurigen Affekt, und es ist eine bekannte Thatsache, dass in düsterer Stimmung das nüchterne, klare Urteil, das einer sonst haben mag, beträchtlich leidet. Eine grosse Bedeutung kommt dann hier sicher noch dem Umstande zu, dass der Vorstellungsablauf erheblich verlangsamt ist wegen der Hemmung der psychischen Vorgänge überhaupt. — Das dritte von den

oben erwähnten Kriterien endlich, die Kontrole der Wahrnehmungen durch andere wahrnehmende Subjekte, kommt hier naturgemäss nicht in Betracht.

Neben diesen drei Kennzeichen, wegen deren wir einer Wahrnehmung eine entsprechende reale Existenz zuerkennen, nämlich dem Zwange der sinnlichen Wahrnehmung, der Kontrole der Wahrnehmungen und der Wahrnehmenden untereinander, spielt nun aber bei unseren Wahrnehmungen ein zweites Moment eine wichtige Rolle: das ist die Betonung der Wahrnehmungen mit Lust und Unlust, woraus zum Teil das Interesse entspringt, das eine Wahrnehmung uns einflösst. Was uns nicht interessiert, das sehen wir sehr häufig auch gar nicht, das existiert in dem Zeitpunkte nicht für uns. Nun tritt bei einer Melancholie wegen des beständigen depressiven Affektes allmälig eine Abnahme der Gefühlsbetonung bis zur vollständigen „Gefühlsvertaubung" ein, die Kranken interessieren sich für nichts mehr. Die Aussenwelt ist ihnen gleichgültig, sie hat keinen Wert mehr für sie. Dies ist sicher die Hauptursache für Wahnideen, wie die oben erwähnten: es giebt keine Jahreszeiten mehr, Paris, die ganze Welt existiert nicht mehr, ich habe keine Eltern, keinen Gatten, keine Kinder mehr, meinen Namen habe ich verloren. Diesen Zusammenhang drückt Krafft-Ebing (1, S. 341) bei der Besprechung der Melancholie mit Wahnideen und Sinnestäuschungen folgendermassen aus: „In den höchsten Graden der psychischen Anaesthesie, da wo auch Sinneswahrnehmungen keine Betonung mehr erfahren, erscheint die Aussenwelt nur noch als eine Schein- und Schattenwelt und erweckt trübe Wahnideen allgemeinen und persönlichen Untergangs".

Eine ähnliche Stelle bei Griesinger (12, S. 228) wird

auch von französischen Autoren mehrmals citiert: „Nicht selten findet sich in der einfachen Melancholie ein Zustand des Sensoriums, . . . wobei die Gegenstände der Aussenwelt, sofern sie durch die Sinneseindrücke zum Bewusstsein kommen, zwar richtig aufgefasst und unterschieden werden, aber einen von dem sonst gewohnten wesentlich anderen Eindruck hervorbringen, von dem nur verständigere und gebildetere Kranke Rechenschaft geben. „Es scheint freilich, sagen solche Melancholische, dass alles um mich noch ebenso ist wie früher, aber es muss doch auch anders geworden sein; es hat noch die alten Formen, es sieht wohl alles noch ebenso aus, aber es ist doch wieder mit allem eine grosse Veränderung vor sich gegangen etc.“ Diese Verwechslung des subjektiv veränderten Verhältnisses des Kranken zur Welt mit deren objektivem Anderssein ist der Anfang eines Traumzustandes, in dessen höchsten Graden es dem Kranken zu Mute ist, als sei die reale Welt ganz versunken, untergegangen oder ausgestorben, und nur eine Schein- und Schattenwelt übrig geblieben, in der er zur eigenen Qual fortzuexistieren habe. Bei der Besprechung der Herabsetzung der Anschauungsthätigkeit hebt Emminghaus (13, S. 111f.) diesen Zustand mit folgenden Worten hervor: „Ich sehe, ich höre, ich fühle, aber ich bin nicht mehr wie sonst, ich fasse die Gegenstände nicht auf, sie identifizieren sich nicht mit meinem Wesen“, so sprechen, wie schon Esquirol hervorgehoben hat, viele Melancholiker; anderen Kranken ist es, als ob die umgebende Welt eine Scheinwelt sei, die Personen erscheinen als Figuren, Automaten, Puppen, die sonstigen Gegenstände als Attrapen, alles Aeussere hat sich überhaupt v e r ä n d e r t. Die Einschränkung der Apperception äusserer Eindrücke erreicht ihren höchsten Grad in der Melan-

cholie mit Stumpfsinn, bei welcher die Aussenwelt für den Kranken schliesslich gar nicht mehr existiert".

Aehnlich ist auch der Gedankengang von Séglas (8), der das Hauptgewicht auf die Veränderungen legt, welche die Persönlichkeit des Kranken, besonders die affektive Seite derselben, durch die Melancholie erfährt. Die Gegenstände machen ihm infolgedessen „impressions contraires" und so kommt er schliesslich zur Leugnung ihrer Existenz.

Den Uebergang zur anderen Gruppe von Verneinungs-Wahnideen, den hypochondrischen, bilden solche, nach denen die Kranken ihre Intelligenz verloren haben, nicht mehr denken, fühlen, wollen und handeln können, keine Seele mehr haben. Sie sind lediglich der Ausdruck der psychischen Hemmung, die der Kranke empfindet.

Eine andere Art von Verneinungsideen, die, wie Séglas (8, S. 18) bemerkt, später auftritt, als die auf die Existenz der Objekte der Aussenwelt bezüglichen, sind solche, nach denen die Kranken die Funktion und die Existenz der Organe des eigenen Körpers negieren. Das Herz schlägt nicht mehr, ist nicht mehr an seiner normalen Stelle. Die Kranken haben keine Arme, keine Beine, kein Herz, kein Gehirn mehr, keinen Magen und keine Därme mehr. Was sie essen, fällt in ein Loch. Diese Ideen sind, wie die französischen Autoren mit Recht betonen, durchaus hypochondrischer Natur und zwar zeigen sie den höchsten Grad der Hypochondrie an. Denn das Persönlichkeitsbewusstsein muss schon ausserordentlich gelitten haben, wenn solche Ideen Platz greifen können. Nach Séglas (8) kommen sie dadurch zustande, dass die Organempfindungen, überhaupt die allgemeine Sensibilität, die das Zustandekommen des Persönlichkeitsbewusstseins bewirken, verändert sind und so sich Ideen

der Veränderung und schliesslich der Nichtexistenz der Organe bilden, da das Persönlichkeitsbewusstsein des Kranken alteriert ist. Indessen genügen abnorme Sensationen allein noch nicht dazu, dass die Existenz eines Organs völlig geleugnet wird. Wir müssen vielmehr wohl annehmen, dass die von den Organen ausgehenden Erregungen, seien es normale, seien es pathologische, in den betreffenden niederen Centren, in denen diese einfachen Empfindungen zustande kommen, nicht mehr percipiert werden. Diese Annahme ist gerechtfertigt dadurch, dass, wie oben auseinandergesetzt wurde, Hemmung der psychischen Bewegungen überhaupt ein Charakteristikum der Melancholie ist. Wenn nun dem Bewusstsein diese Erregungen nicht mehr zugehen, so entsteht eine Lücke in dem Bilde, das der Kranke von seinem Körper hat. Die Empfindung der Lücke in seinem Körperbilde beantwortet er nun damit, dass er die Existenz des betreffenden Organs leugnet.

Wieder ist es der Zwang der sinnlichen Wahrnehmung, der uns veranlasst, diesem Bilde objektive Realität zuzuerkennen. Wenn unter gewöhnlichen Verhältnissen auch die Erregungen, die die Gemeingefühle etc. hervorrufen, nicht stark sind, so dauern sie dafür doch beständig an.

Das Bild seines Körpers, das ein Erwachsener hat, stammt übrigens wohl kaum, wie Séglas will, von der allgemeinen Sensibilität, von den Organempfindungen u. s. w. her. Ein von Geburt an Blinder wird jedenfalls ein anderes Bild seines Körpers haben, wie jemand mit normalem Gesichtssinn. Gesichtswahrnehmungen spielen hierbei eine grosse Rolle. Der Schluss nun, den der Kranke aus der fehlenden oder mangelhaften Perception der gewohnten Organempfindung zieht, dass das betreffende Organ fehle oder nicht mehr funktioniere, wird dann nicht korrigiert, weil aus

den oben angeführten Gründen die Urteilsfähigkeit herabgesetzt ist. Zuweilen kommt es trotzdem infolge derartiger Wahnideen zu Nahrungsverweigerung, indem der Kranke daraus, dass er keinen Magen, keine Därme mehr zu haben glaubt, den Schluss zieht, nun auch nicht essen zu können. Es ist dies ja eine Schlussfolgerung, zu der keine grosse logische Fähigkeit gehört. Die Associationsbahn zwischen der Vorstellung des Magens und der des Essens ist so „ausgeschliffen“ durch die tägliche Gewohnheit, dass sehr wohl trotz des trägeren Associationsverlaufes und der mangelhaften Urteilsfähigheit eine derartige Schlussfolgerung gezogen werden kann.

Der Schluss, den ein Melancholiker macht, wenn er behauptet, er habe ein Organ nicht mehr, ist der umgekehrte, den etwa ein Amputierter zieht, der bei irgend welchen Reizungen der Nerven, speziell des n. saphenus, seines Amputationsstumpfes behauptet, Schmerzen im grossen Zeh zu empfinden. Er ist gewohnt, die Erregungen der betreffenden Nervenfasern damit zu beantworten, dass er die erregende Ursache in den grossen Zeh verlegt, in seinem Körperbilde lokalisiert er hier die entstehenden Empfindungen, selbst wenn der betreffende Körperteil fehlt. Er „empfindet“ einen grossen Zeh, den er nicht mehr hat, der Melancholiker empfindet nicht einen Magen, den er noch hat. Nur wird der Amputierte diesen Fehlschuss sofort korrigieren, während der Melancholiker dies nicht thut.

Eine wichtige Bestätigung dafür, dass die von den Organen herrührenden Erregungen nicht mehr oder nur mangelhaft percipiert werden, bildet die bei Melancholie überhaupt, besonders aber bei den schwereren Formen, von denen hier die Rede ist, beobachtete Analgesie. Geht dieselbe doch in vielen Fällen soweit, dass die

Kranken sich auf die sehreekliehste Art selbst verstümmeln, sich z. B. das Auge mit den Fingern aus dem Kopfe herauswühlen können, dass sie die sehauderhaftesten Selbstmordversuehe zu maehen imstande sind. Diese Analgesie ist zweifellos central bedingt und zwar wohl dureh die fehlende Pereeption der von der Haut, den Organen herrührenden Reize. Wir werden daher annehmen können, dass ebensowenig, wie diese sonst Sehmerz hervorrufenden starken Reize, ebensowenig und noch weniger die weniger intensiven, von den Organen für gewöhnlieh ausgehenden Erregungen pereipiert werden.

In sehr vorgerüekten Fällen kommen manehe Kranke dazu, augenseheinlieh auf Grund hypochondriseher Verneinungsideen, die Existenz ihres Körpers zu leugnen. Sie sind tot. Ein junger Mann, den Séglas (8, S. 19) erwähnt, glaubte seit zwei Jahren tot zu sein. Er äusserte: „Ieh existiere, aber ausserhalb des realen, materiellen Lebens und trotz meiner, niehts hat mir den Tod gegeben. Alles ist meehaniseh bei mir und vollzieht sieh unbewusst". Eine andere Kranke sagte: „Es seheint, dass ieh tot bin. Es ist wahr, dass ieh spreehe, dass ieh gehe, dass ieh arbeite, aber nur wie ein Automat". Eine in der hiesigen Klinik beobaehtete Kranke wehrte eine körperliehe Untersuehung mit den Worten ab: „Es ist alles tot in mir".

Neben diesen Kranken, die ihr Leben negieren, die also blos noeh eine Seheinexistenz führen, stehen andere, die behaupten, unsterblieh zu sein. Es gehört diese Idee, die im Grunde genommen aueh eine Verneinungsidee ist, mit zu den eigentümliehen Grössenideen, die bei sehwerer Melaneholie zuweilen auftreten; Cotard (14) hat für sie 1888 den Namen délire d'énormité vorgesehlagen, um sie von anderen Grössenideen zu unterseheiden. Sie

tragen nämlich ganz das düstere Gepräge des Bodens, auf dem sie erwachsen sind. Der Kranke ist gross und allmächtig im Bösen. Er hält sich für die Ursache alles Uebels, das in der Welt existiert. Er ist Satan, der Antichrist, er besitzt eine höllische Macht. Die geringsten Akte der Kranken haben ungeheure Wirkungen. Wenn sie urinieren, wird die Erde in einer neuen Sündfluth ertrinken. Die Kranke von Armand (6) behauptete, ihre Exkremente bedeckten fast die ganze Erde. „Sie steigen zum Himmel; sie entleert deren genug, um mehrere Häuser damit zu füllen". Interessant wegen der Grössenideen und auch wegen eigentümlicher Verneinungsideen ist eine Krankengeschichte von Séglas und Sourdille (4), von der ein kurzer Auszug hier Platz finden mag.

Patientin 52 J. alt, belastet. Status u. decursus vom November 1892 ab. Im Verlauf einer Melancholie treten eigentümliehe Wahnideen auf:

Am 28. April 1892 ist durch ihre Schuld die Welt untergegangen. Seitdem ist alles tot, die Erde bringt nichts mehr hervor, die Personen ihrer Umgebung sind alle tot. Sie haben das Aussehen von Lebenden und sind doeh tot. Ihretwegen müssen alle Toten arbeiten und leiden. Sie ist auch dafür verantwortlieh, alle die Heiraten verhindert zu haben, die seit dem von ihr versehuldeten Ende der Welt hätten geschlossen werden können. Dadurch ist sie die Veranlassung dafür, dass aueh keine Geburten seitdem mehr stattfanden.

Seit dem Ende der Welt ist kein natürliehes Ereignis mehr eingetreten. Der letzte natürliehe Sehnee ist 1891 gefallen. Es giebt keine Menschen mehr auf der Erde, keine Weissen, keine Neger mehr, kein Afrika, kein Amerika, keine Sterne, keine Bäume, keinen Frühling, keinen

Winter, keine Jahreszeiten mehr. Die Bäume sind wohl noch Bäume, aber sie sind nicht mehr wie früher, sie sind tot. „Alles was existiert, existiert nicht, sagt sie, oder vielmehr alles was existiert, existiert, aber alles was man sieht, existiert nicht“.

Sie wird niemals sterben. Gott wird sie nicht sterben lassen, er wird sie lange auf der Erde lassen, um sie zu strafen, und wird sie in die grosse Hölle stürzen, denn sie ist für die Ewigkeit verdammt. Sie wird ungeheuer bestraft werden.

Sie bezieht ihre Zeitangaben auf den Zeitpunkt des Weltunterganges. Sie war damals 52 J. alt, hatte mit ihrem Gatten 28 J. lang zusammen gelebt, ihr Sohn war beim Weltuntergang 25 J. alt. Seitdem giebt es keine Jahre, keine Jahrhunderte mehr. Als man ihr das Datum einer Zeitung zeigt, behauptet sie, das sei falsch. Das Jahr 1892 sei seit Tausenden von Jahrhunderten verflossen. Die Erde bringt seit dem Weltuntergange nichts mehr hervor, und nichts, nicht einmal das Papier, auf dem der Arzt schreibt, existiert. Trotz alledem hat sie einen richtigen Zeitbegriff. Als der Arzt der Wärterin sagt, sie solle ihr ein Bad geben, sagt die Kranke: „Ich habe schon gestern eins gehabt“. Dann fügt sie sofort hinzu: „Gestern? Was sag ich? Es ist vielleicht zwei Jahrhunderte her“.

Solche Grössenideen sind der höchste Grad des melancholischen Versündigungswahns. Das ganze Gebahren der unglücklichen, verzweifelten Kranken ist durchaus verschieden von dem der Kranken mit gewöhnlichem Grössenwahn. Natürlich ist, wie beim Verfolgungswahn, auch in diesen Grössenideen Selbstüberhebung ausgesprochen.

Die Wahnidee, unsterblich zu sein, gehört, wie schon oben erwähnt, auch zu diesen melancholischen Grössen-

ideen. Sie ist im Grunde genommen eine Art von Verneinungsidee, die auf verschiedene Weise entstehen kann. Sie ist zuweilen direkte Folge von hypochondrischen Wahnideen, indem die Kranken glauben, wegen ihrer veränderten Organisationsverhältnisse nicht sterben zu können. So behauptete die Kranke von Régis (5), nicht sterben zu können, weil sie von Stein, weil sie eine Statue sei. Deshalb muss sie ewig die Last ihres Unglücks tragen, worüber sie untröstlich ist. Die Kranken Esquirols mit „Daemonomanie", die Cotard (2) anführt, sind durch den bösen Geist in ihre traurige Lage gebracht worden. Der einen hatte er ihren Körper fortgenommen und nur ein Scheinbild übrig gelassen, das nun ewig auf der Erde bleiben wird. Eine andere ist seit einer Million Jahre die Frau des grossen Teufels. Die Kranke Arnauds (6) ist der böse Geist selbst; sie existiert seit ewiger Zeit und wird niemals sterben. Andere Kranke halten sich für so verworfen, dass sie ewig ihr Unglück tragen müssen und niemals im Tode Ruhe finden können, wie der ewige Jude, der nach der Legende wegen eines Frevels ewig umherirren muss. Eine in der hiesigen Klinik beobachtete Kranke äusserte geradezu, sie fände keine Ruhe mehr, sie müsse die Geschicke des ewigen Juden teilen.

Zur Entstehung der Sage vom ewigen Juden scheinen nach Cotard (2) Geisteskranke dieser Form Anlass gegeben zu haben, die sich verurteilt glaubten, wegen eines derartigen Frevels bis zum jüngsten Gericht auf der Erde umherzuirren, ohne Ruhe im Tode finden zu können. In der That hat der ewige Jude die grösste Aehnlichkeit mit einem Melancholiker, der glaubt, seine fingierten Vergehungen nun ewig abbüssen zu müssen. Eine ähnliche Idee liegt der Sage vom fliegenden Holländer

zu Grunde. Ueberhaupt spielt der Gedanke, seiner Sünden wegen eine Fortdauer der Existenz ertragen zu müssen, um daraus geläutert hervorzugehen, auch im normalen Geistesleben, das ja den gleichen Gesetzen gehorcht, wie das pathologische eine grosse Rolle. Wir finden ihn z. B. in der buddhistischen Lehre von der Seelenwanderung. Ein und dieselbe Seele muss die verschiedenartigsten Leiber, die von Göttern, Dämonen, Menschen und Tieren, annehmen, bis sie sich endlich das Verdienst erworben hat, diesem Kreislauf entrückt zu werden durch das Nirwana, das Ausgewehtwerden.

Eine interessante Störung erfährt im Anschluss an hypochondrische Wahnideen bei manchen Melancholikern das Persönlichkeitsbewustsein, dieser Komplex von Vorstellungen, Begriffen und Gefühlen, durch den das Individuum sich als ein Ich von andern Individuen, von der Aussenwelt abgrenzt. Das Kind, welches, ohne schon sprechen zu können, schreit, wenn es Unlust empfindet, lacht und mit Armen und Beinen strampelt, wenn es sich freut, stellt sich schon als Einzelwesen seiner Umgebung gegenüber. Wenn es sprechen lernt, spricht es noch, das eine längere, das andere kürzere Zeit, in der dritten Person von sich selber. Erst im weiteren Laufe der Entwicklung nennt es sich Ich und stellt so der übrigen Welt eine ihrer selbst bewussten Persönlichkeit gegenüber. Wie nun bei vielen Psychosen ein Herabsinken des Individuums auf kindliche Stufe, sei es intellektuell, sei es moralisch, zu beobachten ist, so auch bei manchen Melancholikern, die anfangen, in der dritten Person von sich zu sprechen. Die oben erwähnte Kranke von Régis (5), die glaubte, sie sei von Stein, sprach von sich selbst nur mehr mit ça. „Ça est damné, possedé par le diable“ etc.

II. Verneinungswahn bei Zuständen psychischer Schwäche.

Ausser bei Melancholie kommen Verneinungsideen, und zwar hauptsächlich hypochondrischer Natur, bei drei Krankheiten vor, deren gemeinsamen Grundzug die psychische Schwäche bildet, der Dementia senilis, Dementia paralytica, und nach Séglas beim Alkoholismus. Für letzteren habe ich indessen in der mir zu Gebote stehenden Litteratur keine entsprechende Beobachtuug finden können. Es finden sich bei diesen Zuständen geistiger Schwäche meist blos vereinzelte, abrupte Verneinungsideen, die, ohne irgendwie zusammengefasst zu werden, lose nebeneinander bestehen. Der Kranke vermag meist nicht die Konsequenzen aus seinen Wahnideen zu ziehen. Hat er in einem Moment behauptet, er hätte keinen Magen mehr, so geniesst er schon im nächsten ohne jede Schwierigkeit seine Nahrung. Eine kompliziertere Verneinungsidee, wie der Glaube, nicht sterben zu können, kommt nach Camuset (15) bei der Paralyse nicht vor. In gemütlicher Beziehung bleibt der Kranke von seinen Wahnideeen häufig gänzlich unberührt. — Ein in der hiesigen Klinik an Dementia senilis leidender Kranke behauptete eines Morgens, nachdem er das Bett verlassen hatte: „Das ist gar kein Bett, das ist alles Verblendung. Ich weiss nicht, ob die Welt noch steht“.

Cotard (3, S. 290 ff.) berichtet die interessante Krankengeschichte eines Paralytikers, die beweist, dass, wenn der geistige Verfall noch nicht allzuweit vorgeschritten ist, der Kranke aus seinen Verneinungsideen noch Schlüsse ziehen und danach handeln kann. Ein Auszug aus derselben soll hier mitgeteilt werden:

Pat. 45 J. alt, von kräftiger Konstitution, verheiratet, Familienvater, hatte stets ein arbeitsames und regelmässiges

Leben geführt. Nachdem er lange Zeit an Kopfschmerzen und Erbrechen gelitten hatte, bemerkte er 1879 Sehstörungen, Nebel vor den Augen. Der Augenarzt hatte ihn nach Untersuchung des Augenhintergrundes aufgefordert, auf einem Beine sich im Gleichgewicht zu halten, was unmöglich gewesen sei. Er begann nun Charakteränderungen zu zeigen. Er wurde verstimmt, reizbar, schien von einer tiefen Traurigkeit befallen zu sein und gab seiner Frau Ratschläge betreff ihrer Kinder, als ob er von einem nahen Tode bedroht sei.

Im März 1880 traten Verneinungsideen auf. Er sagt, dass es keine Nacht mehr gebe und weigert sich, schlafen zu gehen. Ganze Nächte verbringt er in seinem Bureau und äussert zu seiner Frau, er könne nicht schlafen gehen, da es noch Tag sei. Im April 1880 wird er in die Anstalt eingeliefert; er ist nicht orientiert über Ort und Zeit, gewöhnlich ruhig und schweigsam. Zeitweise behauptet er, die Leute seiner Umgebung seien Mörder, die ihn erdrosseln wollten. Er hat Angstanfälle, während deren er beständig dieselben Worte mit klagender Stimme wiederholt. Er erklärt, er wisse nicht, wer er sei, noch wo er sei. Er sei nicht verheiratet, habe keine Kinder, keinen Namen. Er behauptet niemals zu essen und isst trotzdem sehr viel. Er ist in einer Wüste, wo niemand ist, aus der er nicht hinauskommen kann, denn es giebt keine Wagen und keine Pferde mehr. Wenn man ihm ein Pferd zeigt, sagt er: „Das ist kein Pferd, das ist nichts". Allen Bemühungen der Wärter leistet er harnäckig Widerstand. Er weigert sich, sich anziehen zu lassen, da sein ganzer Körper nicht grösser sei als eine Haselnuss, weigert sich, zu essen, da er keinen Mund, zu gehen, da er keine Beine hat. Er zeigt auf seine Ohren und Nase, indem er sagt; „Ich habe keine Ohren, keine Nase." Oft sagt er, dass

er tot ist, aber während der Angstanfälle äussert er, er sei nur zur Hälfte tot und könne niemals fertig werden mit Sterben.

Sonstige Symptome der Paralyse, Sprachstörungen, Unsicherheit des Ganges, Ungleichheit der Pupillen, sind vorhanden. Es treten Grössenideen auf und dann schreitet der geistige Verfall unaufhaltsam fort.

Die Verneinungsideen, die sich auf Teile des eigenen Körpers beziehen, können wir wohl auf analoge Weise erklären wie die bei der Melancholie. War es dort die psychische Hemmung, so ist es hier der anatomisch nachgewiesene Degenerationsprocess, der die niederen Centren, in welchen die einfachen Empfindungen zustandekommen, ergriffen hat und so die Perception der von den Organen herrührenden Erregungen hindert. Die dadurch entstehende Lücke in seinem Körperbilde beantwortet der Kranke dadurch, dass er die Existenz des betreffenden Organs leugnet, ja in vorgerückten Fällen behauptet er, er sei tot und benimmt sich sogar dementsprechend. So legte sich ein in der hiesigen Klinik beobachteter Kranke mit den Worten: „Ich bin tot“ der Länge nach auf den Boden, schloss die Augen und blieb unbeweglich, sodass er getragen werden musste. Im normalen Leben kommt es ja zuweilen vor, dass jemand sagt: „Ich bin halbtot vor Schrecken“. Aber dies ist blos eine allegorisch übertreibende Aeusserung, aus der keine Folgen bezüglich des Handelns u. s. w. entspringen. Die Korrektion des falschen Schlusses bleibt nun hier aus wegen der psychischen Schwäche.

Nach Kraepelin (16) ist diese charakterisiert durch verminderte geistige Leistungsfähigkeit und durch verminderte geistige Widerstandsfähigkeit. Durch erstere kann nun einerseits die ganze Thätigkeit der Apper-

ception aufgehoben werden: Dann ist überhaupt kein eigentliches psychisches Leben mehr vorhanden; die Eindrücke der Aussenwelt gelangen nicht mehr in den Blickpunkt des Bewusstseins. Jede Verknüpfung derselben untereinander oder mit den Erfahrungen der Vergangenheit und somit jede Reproduktion ist unmöglich. Andererseits kann durch die verminderte geistige Leistungsfähigkeit blos die aktive Apperception aufgehoben oder vermindert sein, die passive dagegen erhalten bleiben. Die aktive erhebt nach der Lehre Wundt's von den im Blickfelde des Bewusstseins auftauchenden psychischen Gebilden jeweils eines in den Blickpunkt des Bewusstseins nach Massgabe der allgemeinen Dispositionen des Bewusstseinsinhaltes, wie sie im gegebenen Moment als Resultat der Entwicklungsgeschichte desselben hervortreten. Es findet eine aktive Auswahl zwischen mehreren ziemlich gleich starken psychischen „Gebilden" statt. Bei der passiven Apperception drängt sich eines übermächtig in den Blickpunkt des Bewusstseins. Welches dieses ist, hängt ab von zufälligen Ereignissen in der Aussenwelt oder von associativen Beziehungen der Vorstellungen untereinander. Bei erhaltener passiver und aufgehobener aktiver Apperception ist somit die Auffassung äusserer Eindrücke möglich, allein, wie das Kind zunächst nicht die wichtigen und bedeutenden, sondern nur die auffallenden Dinge in seiner Umgebung wahrnimmt, so wird die Apperception lediglich durch die Intensität der äusseren Eindrücke geleitet, da das Subjekt wegen Aufhebung seiner aktiven Apperception aktiv bei der Auffassung der Vorstellungen nicht mitwirken kann. Die einzelnen Eindrücke stehen daher nicht mehr in jenem inneren Zusammenhang, wie er sich bei der zweckbewussten Auswahl derselben nach einem gemein-

samen Gesichtspunkte darstellt; sie reihen sich unvermittelt aneinander. Die Bildung von komplexen Vorstellungen und Begriffen geht somit hier gar nicht oder nur in sehr ungenügendem Masse vor sich. Dadurch leidet natürlich die Urteilsfähigkeit, die höchste psychische Funktion, ganz ausserordentlich. Eben wegen dieser verminderten Urteilsfähigkeit korrigiert ein Paralytiker nicht den falschen Schluss, keinen Magen mehr zu haben. Ein anderes Moment mag hier noch mitwirken, das zweite Charakteristikum der psychischen Schwäche, die verminderte geistige Widerstandsfähigkeit. Eine geringe Intensität einer Erregung genügt, um sofort eine Vorstellung in den Blickpunkt des Bewusstseins treten zu lassen. Die Aufmerksamkeit wird daher von allem möglichen in der Aussenwelt liegenden Reizen angezogen und wandert in raschem Wechsel von einem zum andern. Infolgedessen ist das Subjekt nicht imstande, dieselbe längere Zeit auf ein einzelnes Objekt anzuspannen, bei einem Gegenstande zu verweilen. Dadurch wird dann wieder die Urteilsfähigkeit herabgesetzt.

In der mitgeteilten Krankengeschichte zog der Paralytiker noch Schlüsse aus seinem Verneinungswahn. Er kann nicht gehen, weil er keine Beine habe, verweigert die Nahrungsannahme, weil er keinen Mund habe. Dies können wir uns wohl so erklären, dass festgefügte Associationen, wie zwischen dem Munde und dem Essen, auch in dem allgemeinen Verfall miteinander verbunden bleiben können, wie ja auch ein Gebäude beim Zusammensturz in grössere oder kleinere zusammenhängende Trümmer zerfällt.

Der Vollständigkeit halber mögen hier noch 2 Fälle von Verneinungswahn bei dem délire des persécutions der Franzosen, das sie allmälig anfangen auch Paramia

zu nennen, mitgeteilt werden. So citiert Cotard (3) aus den Fragments psychologiques sur la folie von Leuret folgendes charakteristische Zwiegespräch mit einer Kranken, die zahlreiche Hallucinationen hatte, von Unsichtbaren, von Physik und Metaphysik gequält wurde:

Comment vous portez-vous, madame? La personne de moi-même n'est pas une dame, appelez-moi mademoiselle, s'il vous plaît. — Je ne sais pas votre nom, veuillez me le dire! La personne de moi-même n'a pas de nom, elle souhaite que vous n'écriviez pas . . . Quel âge avez-vous! La personne de moi-même n'a pas d'âge. — Vos parents vivent-ils encore? La personne de moi-même est seule et bien seule, elle n'a pas de parents, elle n'en a jamais eu — u. s. f.

Séglas (15) berichtet einen ähnlichen Fall, eine Kranke der Salpêtrière betreffend. Ohne dass ein melancholischer Zustand vorhanden gewesen wäre, erscheinen Besessensheits- und Verneinungsideen. Die Kranke leugnet alles, hat keine Organe mehr u. s. w. Alles dies ist das Resultat der Zauberei von Priestern, die sie in Besitz haben, durch ihren Mund sprechen und durch ihre Augen sehen. Sie beklagt sich beständig darüber, beschwert sich mit lauter Stimme und protestiert gegen ihre „Sequestration". Charakteristisch ist hier, dass die Kranke nicht sich anklagt, sondern andere Personen. Sie ist nicht passiv, niedergeschlagen, sondern protestiert laut gegen das ihr zugefügte Unrecht.

III. Diagnostische und prognostische Bedeutung des Verneinungswahns und dessen Stellung im System der Psychosen.

In Bezug auf die prognostische Bedeutung des Verneinungswahns bei der Melancholie ist zu bemerken, dass

dessen Auftreten ungünstig ist, da besonders die Leugnung der Existenz der Organe des eigenen Körpers, ja dieses selbst, eine tiefe Störung der ganzen geistigen Persönlichkeit anzeigt. Gehört ja doch das Bild, das wir uns von unserem Körper machen, zu unserem ersten geistigen Erwerb. Viel wichtiger für die Prognose als derartige Wahnideeen ist jedoch sicher der Umstand, dass schwere hereditäre Belastung und hohes Alter sich bei den meisten Patientinnen mit Verneinungswahn finden. Viele verfallen daher unheilbarer geistiger Schwäche. Heilungen sind dagegen auch mit Sicherheit beobachtet. Sehr oft treten aber, wie Kraepelin (7 S. 346) bei Besprechung der Prognose des „depressiven Wahnsinns" erwähnt, selbst wenn die äusserliche Besonnenheit zurückgekehrt ist, die Wahnideen und die ängstliche Verstimmung bei geringfügigen Anlassen wieder auf, oder es bleibt eine dauernde, hochgradige gemütliche Reizbarkeit und Unzufriedenheit zurück.

Baillarger (18) hielt Verneinungsideen für ebenso charakteristisch für progressive Paralyse wie die Grössenideen. Er giebt an, derartige hypochondrische Wahnideen bei Patienten beobachtet zu haben, die noch kein Zeichen von Paralyse darboten, später aber deutlich davon ergriffen wurden. Konstant sei diese Erscheinung durchaus nicht. Séglas (15) hält dieselben nicht für pathognomonisch für progressive Paralyse. Nach Krafft-Ebing (1 S. 659) ist ein Wechsel von „primordialem Grössendelir" mit einem „mikromanischen" zwar nicht häufig, aber dann diagnostisch wichtig für dementia paralytica und senilis.

Nach Camuset (15) ist bei Vorhandensein eines hypochondrischen Verneinungswahns der Verlauf der Paralyse schneller wie sonst. Es lässt sich dies sicher nicht so allgemein behaupten. Verneinungsideen drücken

allerdings eine tiefgreifende Störung der geistigen Persönlichkeit aus; jedoch dürfen wir aus einem derartigen Symptom keine allzu weittragenden Schlüsse ziehen in Bezug auf den Verlauf der Krankheit, zumal da derselben so oft ein Ziel gesetzt wird durch eine anderweitige Erkrankung, besonders rechtsseitige Unterlappenpneumonie.

Welche Stellung nimmt nun der Verneinungswahn im System der Psychosen ein? Er kommt vor bei schwerer Melancholie und bei Zuständen geistiger Schwäche und lässt sich aus den charakteristischen Eigentümlichkeiten beider Krankheitsgruppen ganz gut herleiten. Es ist somit klar, dass er lediglich als Symptom zu betrachten ist, dass bei Kranken dieser Art zuweilen vorkommt. Von französischer Seite ist aber diese Frage ziemlich kompliciert worden durch das von Cotard (3) 1882 aufgestellte délire des négations, dessen Geschichte und Stellung im folgenden kurz erörtert werden soll.

Vorher finden sich in der deutschen und französischen Litteratur hier und da zerstreut einzelne Beobachtungen von Verneinungswahn. So äussern die Kranken von Leuret und Esquirol, wie oben erwähnt, derartige Ideen. Baillarger (18), Griesinger (12), der von den französischen Autoren häufig citiert wird, und Emminghaus (13) berichten von solchen Beobachtungen, von denen einiges oben mitgeteilt ist. Da veröffentlichte Cotard (2) 1880 die ausführliche Krankengeschichte einer Patientin, die von einer schweren Melancholie mit délire de negation, wie es Cotard beiläufig nennt, befallen war.

Am Schlusse dieser Arbeit wirft er die Frage auf, ob man von der mélancolie auxieuse grave nicht eine Art von Melancholie abtrennen solle, die charakterisiert wäre durch folgende Symptome:

1. melancholische Angst,

2. Idee der Verdammnis und Besessenheit,

3. Neigung zu Selbstmord und zu Selbstverstümmelungen,

4. Analgesie,

5. hypochondrische Ideeen der Nichtexistenz oder Vernichtung verschiedener Organe des ganzen Körpers, der Seele, Gottes u. s. w.,

6. die Idee, niemals sterben zu können.

1882 besprach dann Cotard (3) diese einzelnen Symptome genauer und schlug für das ganze Krankheitsbild den Namen „délire des négations" vor, das er genau von dem délire des persécutés abtrennte. Hierbei laufen ihm nun verschiedene Ungenauigkeiten mit unter. Abgesehen davon, dass er den Ausdruck délire des négations bald braucht zur Bezeichnung des Symptoms bei Paralyse und Dementia senilis, bald zur Benennung des ganzen eben charakterisierten Symptomenkomplexes, stellt er auf der einen Seite das délire des négations hin als „un état de chronicité spécial à certains mélancoliques auxieux dont la maladie est devenue continue", auf der anderen trennt er es scharf ab vom délire des persécutions, das wir Paranoia nennen. Er subsummiert also dies Krankheitsbild bald unter den Begriff der Melancholie, bald trennt er es ab von einem der Melancholie gleichgeordneten Begriffe, der Paranoia. Toulouse (9) scheint diesen Punkt andeuten zu wollen, wenn er spricht „d'une indécision probablement voulue, de Cotard". In der Folge wurde nun viel gestritten darüber, ob Cotard habe mit seinem délire des négations einen neuen Krankheitsbegriff aufstellen wollen, besonders auf dem Congrès (15) des médecins aliénistes de France in Blois 1892. Camuset, der über das délire des négations referierte, teilte 28 Fälle mit, die er gesammelt hatte. Sehr oft

fehlte das eine oder andere Symptom von dem Krankheitsbilde Cotards. Ob Cotard dies habe als selbständig hinstellen wollen, darüber lässt er sich nicht aus. Régis erklärt ausdrücklich, dass Cotard das nach seinen Hauptelementen sogenannte délire des négations nicht habe als besonderes Krankheitsbild hinstellen wollen, sondern dass er es nur betrachte „comme un état psychique propre aux auxieux chroniques“. Garmier hält das délire des négations blos für ein Symptom der Melancholie; Charpentier erklärt geradezu, dass am délire des négations blos das Wort neu sei. Die anderen Kongressteilnehmer, besonders Séglas, acceptierten im allgemeinen die Anschauungen Cotards. Toulouse (9) hält das délire des négations auch für kein besonderes Krankheitsbild, sondern für ein Symptom der Melancholie mit Angst. Er glaubt, dass man nur mit Uebertreibung behaupten könne, der Autor habe daraus eine selbständige Krankheit machen wollen.

Ganz das gleiche Krankheitsbild, das Cotard nach dem einen merkwürdigen Symptom délire des négations nennt, beschreibt Kraepelin (7 S. 340ff.) unter der Bezeichnung: depressiver Wahnsinn. Er ist „gekennzeichnet durch die subacute Entwicklung phantastischer, meist mit vereinzelten Sinnestäuschungen einhergehenden Wahnideen bei gleichzeitiger depressiver Verstimmung.“ Angst, ungeheuerliche Versündigungsideen, Verneinungswahn, die Idee unsterblich zu sein, Neigung zu Selbstmord und Selbstverstümmelung, alles kommt hierbei vor. Zum vollständigen délire des négations Cotards fehlt blos die Erwähnung der Analgesie.

Nach Kraepelin spielt beim „depressiven Wahnsinn“ die Belastung eine grössere Rolle als bei der einfachen Melancholie. In klassischer Ausbildung tritt er beim weiblichen Geschlecht zwischen dem 40. und 60. Lebens-

jahr auf, ist somit neben Melancholie die typische Psychose des Klimakteriums. Kraepelin hält ihn daher für die Reaktionsform eines nicht mehr ganz „rüstigen“ Gehirns auf eine Erkrankung an Melancholie, für den Uebergang zu senilen Demenzzuständen. Von der Melancholie unterscheidet er ihn durch die überaus phantastische Entwicklung der intellektuellen Störungen, von den senilen Demenzzuständen durch die grössere Intensität der Affekte.

Diesen „depressiven Wahnsinn“ oder das délire des négations der Franzosen blos deshalb von der Melancholie abzutrennen, weil die intellektuellen Störungen hier mehr in den Vordergrund treten und weil die Belastung eine grössere Rolle spielt als bei der Melancholie, ist wohl kaum gerechtfertigt. Charakteristisch ist ja in jedem Falle die melancholische Verstimmung, die das Krankheitsbild beherrscht. Zwischen einer Melancholie, bei der ja auch die Belastung eine Rolle spielt, mit Versündigungsideen, die oft phantastisch genug sind, und dem „depressiven Wahnsinn“ mit seinen ungeheuerlichen Wahnideen, die gewiss zum Teil ihre Entstehung der Belastung und der senilen Degeneration verdanken, sind doch wohl blos graduelle Unterschiede.

Es folgen jetzt noch die eingangs erwähnten Krankengeschichten, von denen nur das Wesentliche und auf unser Thema Bezügliche mitgeteilt werden soll.

1. Therese B., 65 J. alt, Witwe.

Melancholie. Keine Belastung. Vor 19 J. 10 Monate, vor 8 J. 6 Monate lang in Illenau wegen Melancholie behandelt. Seit Okt. v. J. Schlaflosigkeit, Appetitmangel, Depression, Angst, Unlust zur Arbeit, innere Unruhe, Selbstvorwürfe und Lebensüberdruss. Infolgedessen am 28. Dez. 1894 Selbstmordversuch; am nächsten Tage Aufnahme in die Klinik.

Im Verlaufe einer Melancholie mit Selbstvorwürfen,

sehr gedrückter Stimmung, schlechter Nahrungsaufnahme und gestörtem Schlafe äussert Patientin einmal: „Ich mein', die Sonne geht gar nicht auf".

2. Ida R., 46 J. alt, Witwe.

Melancholie. Der Vater starb 70 J. alt, nachdem er die letzten 2 Jahre kindisch gewesen war; die Mutter starb 64 J. alt an einem Rückenmarksleiden. Ein Bruder soll ein Original sein. 1889 war Patientin, die nach einem grossen Vermögensverluste zu Schwermut neigte, 4 Wochen lang in einer Anstalt und wurde gebessert entlassen. Mitte Juli 1890 besuchte Patientin das Grab eines ihrer Stiefsöhne, wegen deren Tode sie sich Selbstvorwürfe machte. Seitdem brütete sie still vor sich hin, schrie aber zuweilen laut auf, klagte, sie müsse jetzt ihren Geiz und ihre Hartherzigkeit büssen, fände keine Ruhe mehr, müsse das Geschick des ewigen Juden teilen. Am 25. Juli 1890 Aufnahme in die Klinik.

Während des Verlaufs einer Melancholie mit Selbstvorwürfen und Angst äussert sie eines Tages, während sie ängstlich zum Fenster hinaussieht, es sei alles draussen so verändert; schon in dem Zug, in welchem sie gekommen, seien keine Leute gewesen; draussen sei alles anders, alles so klein, das Haus so niedrig, die Berge so niedrig; die Vögel fliegen auch ganz anders wie früher, fallen immer gleich herunter. An allen diesen Veränderungen glaubt Patientin sich schuldig. Ein andermal meint sie, es klinge alles so hohl, besonders die Eisenbahn, die auch ganz leer sei. Es sei ihr, als ob die Eisenbahn manchmal über sie weg führe. Früher sei es ihr einmal gewesen, als fehle vor ihr ein Stück Raum, welche Kluft sie habe überspringen müssen. Sie hat die Gewissheit, dass der Weltuntergang bevorstehe und sie ist schuld daran. Ueberall ist sie gequält und in der Gegenwart lebt sie nicht. Sie ist an

allem Unglück in der Welt schuld, das Weltungeheuer und am liebsten aus der Welt.

Am 21. Nov. 1891 ungeheilt in Familienpflege entlassen.

3. Sophie W., 34 J. alt, Witwe.

Melancholie. Mutter und eine jüngere Schwester an Rückenmarksschwindsucht gestorben. Unglückliche Ehe, da der Ehemann, ein excentrischer, zeitweilig sehr roher Mensch, sich übermässigem Branntweingenuss ergab. 6 Kinder, von denen 4 früh starben. Rückgang des Geschäfts, Familienzerwürfnisse. Seit mehreren Monaten tiefe Schwermut und Neigung zum Selbstmord, wohl hauptsächlich wegen der brutalen Behandlung von seiten ihres Mannes. Am 30. April 1893 traf sie ihren Dienstbuben an, als er mit ihrer 13jährigen Tochter unzüchtige Handlungen verübte und war darüber so erschüttert, dass sie einen energischen Selbstmordversuch machte. Nach 3 Tagen tötete der Mann diese Tochter und dann sich selbst; an allem Unglück glaubte Patientin selbst schuld zu sein. Ihre andere Tochter suchte sie im Bett zu verbrennen. Aufnahme in die Klinik am 23. Mai 1893.

Patientin behauptet im Verlaufe der Melancholie einmal, gesehen zu haben, wie der Assistenzarzt sich vor ihren Augen verändere; einmal habe er einen schwarzen, dann wieder einen blonden Vollbart gehabt. Auch die Bäume und Sträuche im Garten veränderten sich und seien nur künstliche Gewächse. Ihr ganzes bisheriges Leben sei nur ein Traum gewesen. Sie wisse sehr wohl, dass das nur dumme Gedanken seien, müsse sie aber doch aussprechen.

Am 22. Febr. 1894 in die Kreispflegeanstalt entlassen.

4. Franziska F., 34 J. alt, ledig.

Melancholie. Vater, der an Schwermut litt, tötete sich durch einen Schnitt in den Hals.

Seit Herbst 1892 melancholische Verstimmung wegen eines gescheiterten Heiratsprojektes. Am 18. Febr. 1893 Aufnahme in die Klinik.

Im Verlauf einer Melancholie mit Selbstvorwürfen, zeitweilig lautem Klagen und Jammern taucht die Idee auf, ihr Bruder sei nicht mehr am Leben. Auch der Besuch der Frau ihres Bruders kann sie nicht vom Gegenteil überzeugen. Sie erklärt gleich nachher, die Ortschaften seien nicht mehr da, die Häuser seien verschwunden, die anderen Patienten könnten nicht mehr fort von hier, weil keine Häuser mehr da seien; sie selbst werde nie mehr gesund werden. Durch den Besuch ihres Bruders wird sie später davon überzeugt, dass er noch am Leben sei.

Am 16. Febr. 1894 geheilt entlassen.

5. Emmeline B., 57 J. alt, Witwe.

Melancholie. Ein Bruder ertränkte sich, nachdem er durch Spekulationen Verluste erlitten. Eine Schwester des Grossvaters soll geisteskrank gewesen sein. Sonst von Geistesstörungen in der Familie nichts bekannt. Wegen einer Verschlechterung im Geschäft des Sohnes viel Kummer. Im Jahre 1893 zunehmende traurige Verstimmung, Selbstmordgedanken, Idee, die Angehörigen aus der Welt zu schaffen, um sie den Sorgen zu entheben. Am 4. Nov. 1893 Aufnahme in die Klinik.

Patientin behauptet, sie sei nicht Frau B., sondern Frau T. Entsinnt sich ihrer zweiten Heirat nicht mehr. Sie äussert, dass sie daran schuld sei, dass aus allen Brücken die Nägel herausgezogen seien und deshalb Unglück geschehe. Es kommt ihr so vor, als ob alles, was sie sähe, gar nicht da sei. Sie kann nicht glauben, dass draussen das Freiburger Münster sichtbar sei. „Wie können Sie lachen, wenn alle Häuser zusammenfallen?“ „Die Häuser sind krumm und schief, die Betten sind alle fortgeflogen,

die Schrauben aus den Brücken gefallen." Als die Korridorfenster zum Waschen ausgehoben sind, ruft sie: „O weh, jetzt sind alle Fenster fort." Sie macht einen Selbstmordversuch und giebt als Grund an: „Es ist mir verleidet und unheimlich hier, es sind gar keine Betten mehr da."

Am 30. Okt. 1894 in Familienpflege ungeheilt entlassen.

6. Barbara B., 68 J. alt, Witwe.

Akute hallucinatorische Verwirrtheit. Keine Belastung. Früher Unterleibsentzündungen, Gebärmutterblutungen, Venenentzündungen, Magenkatarrh und Rheumatismus. Im Anschluss an eine langdauernde Influenza und Magenkatarrh plötzlich vor 14 Tagen Depression und Neigung zu Selbstmord, dann Gewaltthätigkeit, Sinnestäuschungen und Nahrungsverweigerung. Aufnahme in die Klinik am 13. Mai 1894.

Patientin total verwirrt. Als sie untersucht werden soll, sagt sie, das habe keinen Wert, es sei doch schon alles tot in ihr. Später zusammenhangloses delirantes Reden: „Nicht trinken dürfen." Sehr viele Negationen.

Am 22. Juli 1894 exitus letalis. Oedema cerebri, braune Atrophie des Herzmuskels, Bronchitis, hypostatische und katarrhalische Pneumonie.

7. F. Michael B., 73 J. alt, Witwer.

Dementia senilis, Hypochondrie. 2 Verwandte geisteskrank. Vor einem Jahre allmäliger Beginn der Krankheit mit Verfolgungswahn, Hallucinationen, Neigung zu Selbstmord, Unruhe, Schlaflosigkeit. Nachdem diese Symptome dann für einige Monate wieder verschwunden waren, kehrten sie allmälig wieder. Aufnahme in die Klinik am 24. Nov. 1893.

Patient äussert hypochondrische Wahnideen: in seiner Brust, in seinem Kopf ist alles von Eisen, sein Rückgrat

ist wie eine eiserne Stange. Dann Verneinungsideen: Nachdem er das Bett verlassen, sagt er: „Das ist gar kein Bett, das ist alles Verblendung. Ich bin gar nicht auf der Welt." „Heute Nacht wird das Haus einfallen."

Am 7. Mai 1894 Exitus letalis an Pneumonie und Cystitis.

8. Veronika V., 66 J. alt, ledig.

Dementia senilis. Eine Tante starb geisteskrank. Seit 2—3 Jahren Schlaflosigkeit, Kopfschmerzen, Depression, Gereiztheit, Schwindel, Abnahme des Gedächtnisses und der Intelligenz, Krampfanfälle. Sie klagt über Summen und Musicieren der ganzen linken Kopfhälfte. Aufnahme in die Klinik am 24. April 1892.

Nach einigen Monaten zeigt Patientin Kleinheits- und Versündigungswahn. Mit monotoner Stimme wiederholt sie: „Ich bin tot, ich lebe ja gar nicht mehr, mir ist nicht zu helfen, ich bin tot". Anfang Dezember 1893 behauptet sie, es gehe ihr schlecht, sie sei schon gestorben. Auf den Einwand, sie könne ja noch essen und sprechen, erwidert sie: „Das macht nichts." Diese Idee äussert sie noch oft, das letzte Mal Ende Mai 1894.

Entlassen am 11. Okt. 1894.

9. Ludiger W., 43 J. alt, verheiratet.

Diffuse Hirnsclerose. Keine Belastung; angeblich plötzlicher Beginn der Erkrankung. Wegen Unruhe und Zerstörungstrieb am 4. Nov. 1887 der Klinik überwiesen.

Bei der Aufnahme ist Patient verwirrt. Hallucinationen oder Illusionen scheinen nicht zu bestehen. Am andern Tage behauptet er, er sei tot und beharrt bei dieser Idee. Man habe ihn die ganze Nacht eingesperrt und ihm nichts zu essen gegeben, da sei ihm das Herz heruntergefallen. Am Abend wird er sehr heiter und behauptet, er fühle sich glücklich, dass er wieder lebendig geworden sei. Am nächsten Morgen ist er wieder tot. Er legt sich häufig

der Länge nach auf den Boden, schliesst die Augen und ahmt einen Todten nach. Er wird deshalb in eine Zelle gebracht und auf einen Strohsack gelegt. Sofort erscheint er wieder oben am Zellenfenster und ruft: „Lasst mich hinaus, ich bin wieder lebendig". Während ungefähr einer Woche ist er bald tot, bald lebendig. Einmal sagt er: „Jetzt lauf ich tot im Zimmer herum" und wundert sich darüber. Auch sonstige Verneinungsideen äussert er: er hat keinen Magen mehr, seit einem Jahr keinen Stuhlgang mehr, kein Gesicht, keinen Hals mehr. Das Essen geht alles unten (er zeigt auf die Nabelgegend) heraus. Deshalb kann er nicht essen, legt, nachdem er 3 Löffel Suppe gegessen, den Löffel weg und isst nichts mehr. Er ist bald absolut, bald relativ abstinent; einmal kann er nicht essen, weil die Beine ab sind. Der Magen ist zersprungen, Herz, Lunge, alles ist da unten (er zeigt auf den Unterleib). Eine versuchte Untersuchung des Muskelsinns ist resultatlos, da Patient, sowie man ihm befiehlt, eine Extremität zu berühren, behauptet, er habe dieselbe nicht.

Exitus letalis am 29. Nov. 1887 an Erysipelas capitis et faciei.

Zum Schlusse spreche ich meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Professor Dr. Emminghaus, meinen verbindlichsten Dank aus für die Zuweisung dieser für mich sehr interessanten und lehrreichen Arbeit.

Litteratur-Verzeichnis.

1. v. Krafft-Ebing: Lehrbuch der Psychiatrie, 4. Aufl. Stuttgart 1890.
2. Cotard: Du délire hypochondriaque dans une forme grave de la mélancolie auxieuse.
   Annales médico-psychologiques. Sixième serie,

tome quatrième, Trente-huitième année. Paris 1880, S. 168.

3. Cotard: Du délire des négations.
Archives de Neurologie. Tome quatrième. 1882, S. 152ff. und 282ff.

4. Séglas et Sourdille: Mélancolie anxieuse avec délire des négations.
Annales médico-psychologiques. Septième série, tome dix-septième, cinquante et unième année. Paris 1893, S. 192.

5. Régis: Note historique et clinique sur le délire des négations.
Gazette médicale de Paris 11 Février 1893.

6. Arnaud: Sur le délire des négations.
Annales médico-psychologiques. Septième série, tome seizième, cinquantième année. Paris 1892, S. 387.

7. Kraepelin: Psychiatrie. 4. Aufl. Leipzig 1893.

8. Séglas: Séméiologie et pathogénie des idées de négation. Les altérations de la personnalité dans les délires mélancoliques.
Annales médico-psychologiques. Septième série, tome dixième, quarante-septième année. Paris 1889, S. 5.

9. Toulouse: Le délire des négations.
Gazette des hopitaux civils et militaires. Jeudi 16 Mars 1893, N. 32.

10. Cotard: Perte de la vision mentale dans la mélancolie anxieuse.
Archives de Neurologie. Tome septième. 1884, S. 289.

11. Wundt: Logik. 2 Bde. 1. Band: Erkenntnislehre. Stuttgart 1880.

12. Griesinger: Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten. 4. Aufl. Braunschweig 1876.

13. Emminghaus: Allgemeine Psychopathologie zur Einführung in das Studium der Geisteskrankheiten. Leipzig 1878.
14. Cotard: Du délire d'énormité.
Société médico-psychlogique, séance du 26 Mars 1888. Annales médico-psychologiques. Septième série, tome septième, quarante-sixième année. Paris 1888, S. 465.
15. Congrès des médecins aliénistes de France et des pays de langue française.
Archives de Neurologie No. 71. Tome vingt-quatrième. 1892, S. 280 und
Gazette hebdomaire de Médecine et de Chirurgie, Le Mercredi médical 10 août 1892. No. 32. S. 377.
16. Kraepelin: Ueber psychische Schwäche.
Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten XIII. Bd. Berlin 1882, S. 382.
17. Wundt: Grundzüge der physiologischen Psychologie. 4. Aufl. 2. Bd. Leipzig 1893.
18. Baillarger: Note sur le délire hypochondriaque considéré comme symptome et comme signe précurseur de la paralysie générale.
Annales médico-psychologiques. Tome sixième. Paris 1860, S. 509.
19. Séglas: Mélancolie anxieuse avec délire des négations.
Le progrès médical 12 Novembre 1887. Quinzième année, deuxième série, tome sixième No. 46.
20. Ritti: Note sur un cas de délire des négations.
Annales médico-psychologiques. Septième série, tome dix-septième, cinquante et unième année. Paris 1893, S. 259.

